

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



CAM

Comprendre & apprendre la medecine

BENMAHFOUD
Sami

Externat - Alger

PSYCHIATRIE

Préparé à partir des **cours des profs** afin de **faciliter la compréhension et la mémorisation.**

PROGRAMME DE PSYCHIATRIE

1.	Psychoses	Les Bouffées délirantes ***	03
2.	aigues	Confusion mentale ***	05
3.	Psychoses chroniques ***		07
4.	Schizophrénies ***		11
5.	Troubles bipolaires ***		14
6.	Etats dépressifs ***		19
7.	Les troubles anxieux ***		21
8.	Autisme ***		25
9.	Les déficiences mentales ***		27
10.	Trouble du sommeil **		29
11.	Les états démentiels **		31
12.	Troubles psychotiques post-traumatiques **		34
13.	Thérapie en psychiatrie **		36
14.	Les troubles mentaux révélateurs d'affections organiques *		/
15.	Troubles de la sexualité *		/
16.	Addiction *		/

*** : très important

** : important

* : n'a pas de véritable importance.

LES BOUFFÉES DÉLIRANTES***

I. GÉNÉRALITÉS :

-**Nosographie française** : Bouffées délirantes aiguë (< 6 mois)

-**DSM IV** : < 1 mois : trouble psychotique transitoire.

1 - 6 mois : trouble schizophréniforme.

-**Def** : épisode psychotique transitoire caractérisé par un délire à thème polymorphe, à mécanisme multiple, survenant brusquement chez un sujet jeune sans ATCD psychiatrique et disparaissant spontanément.

II. DÉBUT :

Brutal

Parfois, précédé de 3-4j par un comportement inhabituel.

Souvent, pas de facteur déclenchant évident.

Parfois, on note des circonstances déclenchantes : choc émotionnel, échec professionnel ou scolaire, séparation...

III. PHASE D'ÉTAT : (5)

1. **Le délire** : riche et polymorphe et n'est pas systématisé.

-**Thème** : multiple : mystico-religieux¹, persécution², mégalomanie³...etc

-**Mécanisme** : polymorphe (5) : « **H4I** » : **H**allucinations (surtout auditives), **I**llusions⁴, **I**nterprétations, **I**ntuitions⁵, **I**maginations.

2. **L'automatisme mental** : -devinement de sa pensée.

- écho de la pensée.

3. **Participation thymique** : L'humeur du patient est congruente aux idées délirantes.

4. **trouble du comportement**.

5. **trouble de la conscience** : discète - pas de désorientation temporo-spatiale.

*le malade peut présenter une angoisse intense avec un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation.

¹ Exp : il dit que c'est un prophète...

² le malade a la conviction que l'on essaie de lui nuire.

³ Délire de grandeur.

⁴ Illusion : interprétation fautive d'une donnée sensorielle.

⁵ Intuition : الحدس

VI. FORMES CLINIQUES : Hallucinatoires - Interprétatives - Imaginatives.**V. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL** : (5)

- 1- Manie¹ Délirante.
- 2 - Mélancolie² Délirante.
- 3- Etat Confuso-onirique³.
- 4- Un moment Fécond⁴ d'une schizophrénie.
- 5- Un moment Fécond d'un Délire Chronique.

VI. EVOLUTION :

50% :Guérison.

25% : récidives.

25% : évolution chronique=> Schézophrénie.

VII. PRONOSTIC :

Eléments de bon pronostic	Eléments de mauvais pronostic
-début brutal.	-début subaigue.
-présence de facteur déclenchant.	-absence de facteur déclenchant.
-délire riche.	-importance de l'automatisme mental.
-participation thymique importante.	-Absence de participation thymique.
-bonne sensibilité au trt.	-résolution incomplète malgré le trt.
-Absence de personnalité prémorbide (schizoïde). ...	-personnalité prémorbide (schizoïde).
-personnalité extravertie ⁵ .	- Préoccupations hypochondriaques .

VIII. CONDUITE À TENIR :

* **Hospitalisation** (souvent).

* **Bilan complet** : pour : - éliminer une pathologie organique.

- recherche des contre-indication au trt.

* **Chimiothérapie** : **Neuroleptiques** sédatifs (Nozinan*, largactil*) et incisifs(Haldol*) : en IM, et peros dès que possible. Durée : 6 mois au minimum voir 1-2ans.

(Sismothérapie en cas d'inefficacité des neuroleptiques)

-**Surveillance** de l'apparition d'une dépression secondaire, et des signes extra-pyramidaux.

* **Psychothérapie**.

¹ Manie :surexcitation des fonctions psychiques.

² Mélancolie : état de dépression.

³ Onirique : relatif au rêve.

⁴ Moment fécond : poussée aigue au cours d'un trouble chronique.

⁵ Extravertie : إيجابي

CONFUSION MENTALE***

I. GÉNÉRALITÉS :

-**DSM IV** : confondue avec le Délirium Tremens.

-**Def** : une défaillance aigüe et réversible du fonctionnement cérébral, lié à une cause organique, métabolique, toxique ou psychique.

caractérise par une dissolution de la conscience allant d'une simple obnubilation à un état de stupeur voisin du coma.

- C'est l'affection psychiatrique la plus organique.

II. DÉBUT :

-Brutal ou progressif avec des signes précurseurs : « CIA » : **Céphalé- Irritabilité-Asthénie**

III. PHASE D'ÉTAT :

1 . Obscurcissement de la conscience accompagné d'un engourdissement¹, d'une baisse de la vigilance.

2. Désorientation temporo-spatiale.

3. Délire Onirique.

4. Signes Somatiques Généraux.

1-Présentation du patient :

1. Egaré² ; regard lointain.

2. Tenue sale et débraillée.

3. Trouble de la parole: langage incohérent, ne finit pas ses phrases.

4. Fluctuations des symptômes: parfois le malade est moins confus.

5. Perplexité anxieuse: le confus prend conscience de son état et se pose des questions: « où suis-je? Qui suis-je? ».

6. Agitation psychomotrice.

2- Les opérations mentales sont perturbées :

. DTS importante +++: n'arrive pas à s'orienter(endroit, jour ou nuit...)

. Troubles de la mémoire: il ne fixe pas le présent (amnésie antérograde)

. Fausse reconnaissance: le malade confond entre les personnes , les visages familiers.

. Trouble de la pensée: Pensée désorganisée, stase de la pensée.

¹ Engourdissement : Sensation de diminution de la sensibilité et de la mobilité.

² Egéré : ne plus trouver son chemin.

. Jugement et raisonnement perturbés.

3- Le Délire Onirique :

le délire onirique est comme le prolongement d'un rêve à l'état de veille. L'onirisme est fait essentiellement d'hallucinations mais aussi auditives et cénesthésiques.

4- Les Signes Somatiques :

. Altération de l'EG: dénutrition, déshydratation, fièvre.

. Signes d'état de choc :Hypotension, tachycardie, oligurie ...

. Désorganisation du rythme veille/sommeil.

IV. ÉTIOLOGIES :

1. Causes Neurologiques: AVC, Tumeurs cérébrales, Epilepsies.

2. Pathologie Thyroïdienne.

3. Causes Métaboliques: diabète, acidocétose...

4. Causes infectieuses: Méningites, Encéphalites...

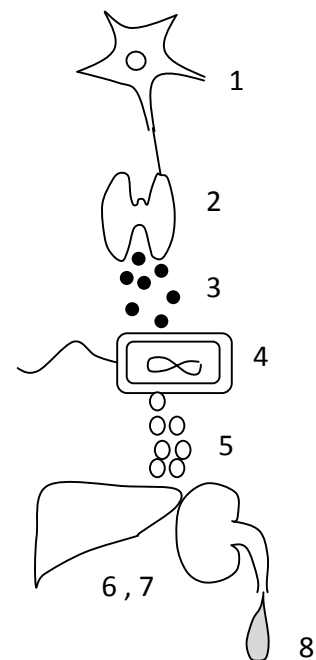
5. Causes Toxiques: alcool, surdosages médicamenteux,...

6. Cirrhose hépatique, insuffisance hépatique

7. Insuffisance rénale

8. Déshydratation avec désordres hydro-électrolytiques.

9. Avitaminose; le manque de vit B et PP.



V. CONDUITE À TENIR :

* **Examen clinique complet et bilan paraclinique +++**

- Garder le malade dans une **chambre éclairée** (l'obscurité=source d'angoisse).

- **Ecarter les objets dangereux.**

- **Maintenir les repères temporo-spatiaux** (éviter les changement de chambre, personnes...)

***Chimiothérapie** : **Neuroleptiques** (Nozinan*,largactil*) ou **Benzodiazépine** (Diazépam*) :IM,peros dès que possible.

- **Surveillance** du trt (dépression II^{aire}/signes extra-pyramidaux)

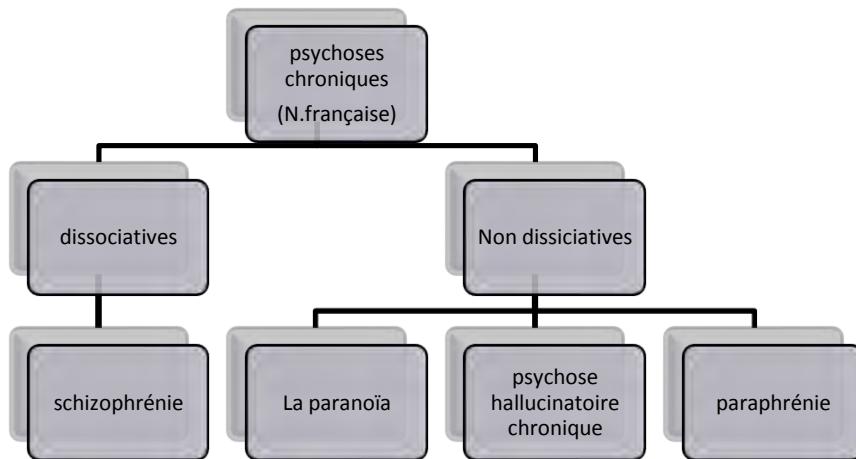
- **Traitement de la cause** : réhydratation,vitamines...

***Psychothérapie** de soutien.

PSYCHOSES CHRONIQUES***

I. GÉNÉRALITÉS :

- DSM IV** : ce sont des troubles délirants.
- CIM 10** : ce sont des troubles délirants persistant.
- La Nosographie française** :



- Def** : Des psychoses caractérisées par des idées délirantes permanentes.
- psychose non dissociative** : le délire est typiquement systématisé, sans évolution déficitaire, Pas de dissociation de la personnalité.
- L'état psychotique chronique** : 4 *critères* principaux pour la définir :
 1. Ancienneté des idées délirantes > 6 mois
 2. Absence d'arguments pour psychose dissociative
 3. Absence de trouble organique ou thymique
 4. âge >35 ans

-Les mécanismes:

Interprétatif : paranoïa

Hallucinatoire : psychose hallucinatoire chronique

Imaginatif : paraphrénie

NB : Paranoïa = **Délire** paranoïaque + **Personnalité** paranoïaque.

II. LE DÉLIRE PARANOÏAQUE : (***) On distingue trois types:

1. Le délire passionnel
2. Le délire d'interprétation
3. Délire de KRETSHMER

1. Les délires passionnels : 3 types :

a. Revendication : -inventeur méconnu.

- filiation.
- quérulent¹.
- Idéaliste passionné.
- délire hypochondriaque².
- Sinistrose³.

b. Erotomanie : C'est l'illusion délirante d'être aimé.

3 stades : .Espoir : lettres, cadeaux

Dépît : dépression, isolement.

Rancune : passage à l'acte agressif.

- prédomine : femme 40-50ans.
- L'objet est classiquement de situation sociale plus élevée.
- Développement en secteur.

c. Jalousie : Installation d'une idée fixe et obsédante (que sa femme le trompe) qui sera confortée par des interprétations multiples et qui se nourrira de doute.

- Les hommes +++ le plus souvent.
- **Inadéquation de la réaction jalouse** :
 - Mise en cause l'entourage
 - Précipitation morbide
 - Recherche de preuves

2. Les délires d'interprétations de SERIEUX et CAPGRAS :

.Tout ce que le sujet perçoit doit avoir une signification qu'il rapporte à sa personne.

.Ces délires se construisent autour de plusieurs idées.

a.clinique : -**Début** : le sujet a du mal à savoir ce qu'on lui veut, mais une chose est sûre : on me regarde, on m'épie⁴, on s'occupe de moi..

-**phase d'état** : le patient élabore ses interprétations en un système cohérent.

Il trouve des indices qui lui démontrent la vérité de son système délirant.

-**Thèmes** : persécution+++ , préjudice, malveillance et la mégalomanie

-**La structure** : Se développe en réseau.

Aucun domaine de la vie de relation du sujet n'est épargné.

b.Evolution : - moment fécond

- plaintes
- dénonciation
- état dépressif
- Passage à l'acte

3. Délire de relation des sensitifs (de KRETSHMER) :

survient chez les sujets présentant une personnalité pré-morbide de type sensitif.

¹ Quérulant : sujet dont l'activité est orientée vers la réparation d'injustices et de dommages imaginaires.

² Inquiétude permanente concernant la santé.

³ après une maladie ou un accident, refuse de reconnaître sa guérison.

⁴ Epier : observer attentivement et secrètement quelqu'un.

- **On trouve** : - Conflit social pathogène

-Une sommation d'échecs.

-Des événements pénibles

-Un isolement, un rejet

1- le délire comporte : **1-Idées de persécution** : impression d'hostilité¹, brimades², allusions³ péjoratives.

2-Idées de références : on parle de moi, on rit de mes maladroites...

-cette malveillance donne une interprétation de ses réelles difficultés et d'échecs.

2-Participation affective : dépression avec : asthénie, sentiment d'échec et d'infériorité.

3-Les préoccupations somatiques sont souvent associées.

-Evolution : en secteur.

-Dc différentiel : -Bouffées délirantes aiguës.

-Les prises toxiques.

-les psychoses chroniques.

-Evolution : des moments féconds

une rémission

une dépression

des conduites pathologiques tel que : passage à l'acte, fugue, refus alimentaire.

-Traitement :

* **hospitalisation** : souvent nécessaire.

* **Chimiothérapie** : **1.Les neuroleptiques** : Sédatif → délire passionnel

Anti productif → délire interprétatif

le traitement d'entretien :

Il est souhaitable de préconiser : neuroleptiques d'action prolongé (NAP)

2.Les antidépresseurs : quand il s'agit de délire sensitif.

LES PERSONALITES :

LA PERSONNALITE PARANOIQUE : 4 traits fondamentaux +++

1.Hypertrophie du moi : caractérisé par : 1.Une psychorigidité

2.Une obstination⁴

3.Mépris⁵ de l'autrui

4.Un fantasme

2.Méfiance : le patient se sent entouré d'un univers envieux et malveillant. elle s'associe

souvent à : susceptibilité et hypervigilance.

3.Fausseté du jugement : elle se traduit par des interprétations fausses.

domine un sentiment de persécution ou de grandeur +++

4.Inadaptation social : conséquence des trois traits précédents, elle entraîne : Une tendance à

l'isolement, Egocentricité, Attitude rancunière⁶

¹ Hostilité : عدوان

² Brimade : إزعاج

³ Allusion : تلمييح

⁴ Obstination : تصليب الرأي

⁵ Mépris : احتقار

⁶ Rancune : يضلّ ملاحق

LA PERSONALITE DE KRETSHMER :

- Caractérisé par une personnalité plus asthénique que sthénique
- elle regroupe les traits suivants: **1.La paranoïa** : méfiance, pas d'hypertrophie du moi.
- 2.Psychasthénie** : sentiment d'insatisfaction.
- 3.Dépressivité** : asthénie, dévalorisation.
- 4.Sensitivité accrue** : hyperesthésie relationnelle, hyperémotivité.

III.PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE : (*)

.spécifique a la psychiatrie française.

- **Déf** : psychose délirante chronique basé sur le symptôme de l'automatisme mentale qui en constitue le noyau.

- **Clinique** : souvent, **femme** 30-40 ans

-**début** soit : - **brutal** : -épisode délirant aiguë

-Automatisme mental

-Syndrome d'influence

-**Insidieux** : -perplexité anxieuse

-Petit automatisme mental

-**Phase d'état** : **1. l'automatisme mental** est riche, multiple et chronique.

- Echo de la pensée ; de l'écriture
- Vol de la pensée
- Devinement de la pensée

2.Le syndrome délirant :

- Thème : persécution+++ , influence, possession.
- Systématisation pauvre et cohérente
- retentissement socioprofessionnel
- dépression

-**Evolution** : - rémission

-moments féconds

-enkystement du délire

-déficit avec rupture avec le monde extérieur.

-**traitement** : Peu sensible aux neuroleptiques.

IV .PARAPHRENIE : (*)

-**Déf** : délire à mécanisme imaginative, évoluant parallèlement avec une bonne adaptation sociale

-**Deux types** :

1.Paraphrénie fantastique : -production délirante, fantastique avec exaltation de l'humeur

-familiarité avec personnage de fiction

2.paraphrénie confabulante : la fabulation s'enrichie de films, de lectures, d'actualités.

-**Evolution** : - L'organisation de délire autour d'un thème prévalent

- Enkystement du délire

- Appauvrissement

- Vers la schizophrénie

-**Traitement**: peu sensible aux neuroleptique la psychothérapie est majorée +++

SCHIZOPHRÉNIES***

I. GÉNÉRALITÉS :

- psychose chronique de l'adulte jeune.

Def : C'est une maladie du cerveau qui se manifeste par des symptômes psychiatriques, entraîne une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois un repli autistique.

Caractérisé par dissociation des 3 composants de l'appareil psychique : **l'affect, l'intellect et le comportement.**

Epidemiologie :

- sexe ratio =1

-1% de la population générale.

II. ETIOPATHOGENIE :

C'est un rencontre entre une **Vulnérabilité¹ neuro-psychique** intrinsèque et de **Stress socio-environnementaux.**

*Génétique :

10% parents de 1^{er} degré

50% jumeaux monozygotes

III. CLINIQUE :

1- Les prodromes : s'étend sur 2 - 3ans

-Symptômes prodromeuses Négatives (-) :

-Isolement social.

-Difficulté à se concentrer sur un travail intellectuel.

-Un discours moins spontané et plus réduit.

-Symptômes prodromeuses positive (+) :

- Idées et des perceptions bizarres

- Préoccupation délirante pour son corps

- Des expressions sensorielles Hallucinatoires.

-Autres : -Fléchissement scolaire.

-Addiction

¹ Vulnérable : Qui est exposé aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile.

-Actes médico-légaux.

- Dépression atypique.

2.Phase d'état :

1-Syndrome positif : - Délire

- Hallucinations
- Comportements bizarres
- Langage incohérent.

2-Syndrome négatif : - Isolement.

- Apathie.
- Perte d'énergie.
- difficulté de conversation.

3-Syndrome cognitif : - trouble de l'attention et de la mémoire

- trouble de planification et d'organisation
- trouble des fonctions exécutives.
- manque d'autocritique.

***Selon DSM IV : 2 signes ou + parmi les suivantes pd au moins 1mois :**

- | | | |
|---|---|------------------------|
| 1. Idée délirantes | } | Signes positifs |
| 2. Hallucinations | | |
| 3. Comportement désorganisé ou catatonique. | | |
| 4. Discours désorganisé | | |
| 5.Symptômes négatives. | | |

IV.FORMES CLINIQUES :

1. Simple
2. Paranoïde
3. Désorganisée
4. Catatonique
5. Indifférencié
6. résiduel

*Tendance actuelle : -**Type1** : prédominance des signes (+)

-**Type2** : prédominance des signes (-)

V. EVOLUTION :

1-Phase prodromique.

2-Phase de progression.

3-Phase de stabilisation avec rechutes.

***RECHUTES** : reprise des symptômes après une période +/- longue de stabilisation.

*Espérance de vie < 10-20ans/ population général

VI.TRAITEMENT :

*** Hospitalisation** : la plus courte possible.

***Chimiothérapie** : **Neuroleptiques** classiques (haldol*) ou atypiques.

-Surveillance su traitement.

***Psychothérapie** : -Psychothérapie cognitivo-comportementale

-Psychothérapie de soutien

-Psychothérapie familiale

-Information sur la maladie et le traitement.

***Sociothérapie** : -Accès facile au traitement.

-Aide au travail

LES TROUBLES BIPOLAIRES***

I / DEFINITION: C'est la présence d'épisodes dépressifs alternés avec des épisodes de polarité opposée, type épisodes maniaques ou hypomaniaques.

II / ÉPIDEMIOLOGIE:

- ECA (epidemiologic catchment area) : **1,2 % - 1,6 %**.
- les études européennes : **3 à 6 %** de la population générale.

III/ CLASSIFICATION:

Classification de l'association de psychiatrie américaine (DSM) :

Le trouble bipolaire 1: un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (parfois absentes).

Le trouble bipolaire 2: l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs

Classification CIM10 (OMS) : idem

IV/ ÉTIOPATHOGENIE:

A/ APPROCHE BIOLOGIQUE :

1.Neurobiologie:

+Neurotransmetteurs :

- **MHGP, dopamine ,GABA** et les **neuropeptides** : *vasopressine et les opiacés endogène* : diminués en phase dépressive et augmenté en phase maniaque.
- Parmi les enzymes: **le DBH : dopamine B hydroxylase** .
- Il existe une hypercortisolémie dans les troubles de l'humeur.
- il existe surtout une **hypothyroïdie sub-clinique**.

+Trouble du rythme circadien : anomalie de la libération de **mélatonine**.

2.Génétique :

50% des sujets bipolaires ont au moins un parent atteint de troubles de l'humeur

Si les 2 parents ont un trouble bipolaire ; les enfants ont un risque de 50% de développer la maladie

3.Neuro- imagerie:

TDM : élargissement ventriculaires.

IRM : hyperdensités subcorticales - Volume de l'amygdale élargi.

B/ PSYCHOPATHOLOGIE :

- Facteurs psychosociaux :

- Implication d'événements de vie stressants chez des sujets « vulnérables)
- Facteurs de stress psychosociaux

- **Personnalité comme facteur prédisposant :** certains auteurs incluent les personnalités cyclothymiques, hyper thymique voir dysthymique dans le spectre des troubles de l'humeur.

V/ CLINIQUE:

A- L'ETAT DEPRESSIF MAJEUR:

- Une humeur triste.
- Inhibition psychomotrice.
- Des idées de suicide.
- Idéations délirantes à thème : mélancolique.
- Perturbations neurovégétatives.

***Éléments sémiologiques évocateurs du diagnostic d'accès mélancolique :**

- La prédominance matinale de symptômes.
- Les troubles du sommeil de la 2^{ème} partie de la nuit.
- L'importance du RPM (ralentissement psycho-motrice).
- L'intensité des perturbations neurovégétatives.
- Les antécédents d'accès dépressifs du même type ou d'accès maniaques ou hypomaniaques.

Traitement :

- Parfois **hospitalisation** et cure d'**antidépresseurs** en perfusion.
- Durée du traitement : **minimum 6 mois**.
- Surveillance du risque suicidaire.

B- L'ETAT MANIAQUE TYPIQUE:

- **La manie** : état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par l'exaltation de l'humeur.

- survient entre 20 et 30 ans avec souvent des antécédents familiaux.
- Le début peut être progressif ou brutal.

- **Un épisode maniaque** est défini par le DSMIV comme "une période nettement limitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persiste pendant au moins une semaine".

Présentation :

- Tenue extravagante¹, débraillée
- Cri, chant
- Contact facile
- en mouvement permanent, agitation.

¹ Extravagante = bizarre

*Tachypsychie <ul style="list-style-type: none"> - Association rapide d'idées - Jeux de mots 	2	*Mémorisation : <ul style="list-style-type: none"> - Mémoire excellente sur le passé - Pas de mémoire de fixation
*Excitation psychomotrice : <ul style="list-style-type: none"> - Hyperactivité peu productive - Domination du jeu dans l'activité - Fabulation¹ positive. 	3	*Problèmes médicaux légaux : <ul style="list-style-type: none"> - Conduite automobile dangereuse - Achats ou ventes inconsidérés - Vols, Hostilité, agressivité, etc...
*Exaltation de l'humeur : <ul style="list-style-type: none"> - Euphorie - Projets irréalistes - Infatigable - Mégalomanie 	4	*Somatiquement : <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la soif et de la faim - Amaigrissement - Insomnies - Hypersexualité

- Evolution de l'accès maniaque

- En l'absence de traitement, l'accès maniaque dure **6 à 8 mois**.
- Sous traitement, l'accès dure **3 à 6 semaines**.
- La normalisation du sommeil est un bon signe de guérison.

Critères diagnostiques d'un épisode maniaque /selon DSM IV

A) Une période nettement délimitée durant au moins une semaine.

B) Au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté :

1. Idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil
3. Désir de parler constamment.
4. Fuite des idées.
5. Distractibilité².
6. Agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

C) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

D) La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée des activités professionnelles et sociales.

E) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance.

¹ Fabulation : présenter comme réels des faits purement imaginaires.

² Distractibilité : Incapacité à fixer son attention.

Formes cliniques :*1-Hypomanie**

- Excitation intellectuelle.
- Hyperactivité mal contrôlée.
- Troubles du caractère.
- Insomnie.

2-Forme dysphorique**3-Forme délirante et hallucinogène****4-La fureur¹ maniaque.*****Diagnostics différentiels :**

1.Etiologie toxique et iatrogène : *Doit tjr être évoquée* : Corticoïdes, Amoxicilline-acide clavulanique, Alcool, Tous les hallucinogènes.

2.Etiologie psychiatrique : - Confusion mentale.

- Catatonie.

3.Etiologie organique : - Les troubles neurologiques.

- Troubles endocriniens : Hyperthyroïdie/parathyroïdie, Cushing, Hypoglycémies.

- Troubles ioniques : Dysnatrémie, Hypercalcémie.

***Traitement:**

- Hospitalisation.

- bilan complet pour diagnostic différentiel.

-Le traitement de l'accès fait appel :

- Aux neuroleptiques sédatifs (Nozinan*)
- Aux neuroleptiques antiproductifs dans les formes délirantes
- La correction des troubles métaboliques, ioniques et circulatoires

-Le traitement de fond :

- Thymorégulateurs : les sels de lithium, divalproate, lamotrigine.
- Psychothérapie de soutien.

VI/ ÉVOLUTION DU TROUBLE BIPOLAIRE

- La cyclicité tend à **s'aggraver** avec le temps avec l'apparition de **cycles courts**.
- On parle de trouble bipolaire à cycles **rapides** quand il y a plus de **4 épisodes maniaques et/ou dépressifs** durant au moins **2 semaines/an**.
- La nature des épisodes se modifie avec un mélange de symptômes maniaques et dépressifs : on parle **d'épisodes mixtes**.

¹ Fureur : Passion irrésistible

VII/ TRAITEMENT DU TB :

1/ CHIMIOThERAPIE

-Thymorégulateurs.

-Les antidépresseurs ne devraient être prescrits que très ponctuellement.

***Choix de stratégie initiale:**

-**les formes peu intense** : mono-thérapie par lithium avant : divalproate de Na+ ou lamotrigine

-**En cas de manie aiguë, ou signes psychotiques, ou dans les formes dysphoriques ou Mixtes** : association : lithium + antipsychotique atypique

-**Dans les cas sévères** : association de Benzodiazépines (APA).

-Les ECT : Indiqué en cas : **Episode mixte + manie sévère + résistance thérapeutique + si le patient le demande + en cas de grossesse.**

2/ PSYCHOTHERAPIE cognitivo-comportementale, de soutien, analytique, Thérapie familiale.

-Adaptation du cadre de vie.

-Stratégies psycho éducatives : informer sur la maladie et le TRT, renforcement de l'observance TRT, dépistage précoce des prodromes.

LES ETATS DEPRESSIFS**

I. GENERALITES

- Font parties des troubles de l'humeur

- **HUMEUR** : tonalité de base qui va donner a chacun de nos états une tonalité affective agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles : le plaisir et la tristesse.

- ETAT DEPRESSIF MAJEUR :

- **Def** : affaiblissement ou effondrement ou dérèglement avec une intensité pathologiquement excessive .se caractérise par humeur dépressif triste + perte de plaisir +++ , avec ralentissement psychique et moteur et des troubles associés .

- La plus sévère des dépressions : risque suicidaire important (15 %)

- 2 états de dépression majeurs : dépression récurrente /isolé + troubles dysthymiques.

II. EPIDÉMIOLOGIE :

Etat dépressif majeur fréquent **6 % des femmes - 3 % hommes**

risque de tentative de suicide → éviter et prévenir

III. CLASSIFICATION :

- état dépressif majeur
- la dysthymie
- trouble dépressif spécifique

IV. DIAGNOSTIC :

1. Anamnèse rigoureuse et un examen clinique.

2. Facteur de gravité :

- ATCD familiaux
- ATCD d'idées suicidaire
- Sexe féminin
- Délire
- Hospitalisation antérieure

3. Les signes cliniques : début progressif

- ✓ Prodromes : sommeil perturbé , anxiété , instabilité , rupture du fonctionnement antérieur
- ✓ **DSMK 4 : 5 critères qui définissent L'EDP**

1- Nécessité d'ou moins **5 critères** pendant une durée de **deux semaines** : un trouble de l'humeur + 4 autres critères

- *Humeur dépressif / tristesse*
- *Diminution ou perte de plaisir*
- Perte du poids ou prise du poids
- Insomnie ou hypersomnie

- Retentissement psychomoteur / agitation
- Fatigue ou perte d'énergie
- Idées de dévalorisation, d'incurabilité, qui peuvent prendre l'allure délirante
- Troubles cognitifs, troubles de concentrations et de jugements ou diminution de l'aptitude à penser
- Pensé de mort / idées suicidaires répétitives ou permanentes

2-Les symptômes **ne répondent pas** aux critères des **états mixtes**.

3-Les symptômes entraînent une **souffrance significative** ou une altération du fonctionnement social, familial, professionnel ou autre

4-Les symptômes **ne sont pas induites par une substance**.

5-**Ne sont pas dus au processus de deuil**¹.

V.FORMES CLINIQUES : (7)

1.**Catatonique** : troubles de comportement majeurs

2.**Mélancolique** : la plus grave.

3.**Saisonnrière** : automne ou début avec l'hiver

4.**Atypiques**

5.**Récurrente**

6.**Dysthymique**

7.**Double** : dysthymie + état dépressif majeur

VI.EVOLUTION

En général se résorbe **3-4 mois sans traitement**.

Maladie **chronique** qui se manifeste par des épisodes aigues.

Au bout du 2^{ème} épisode : **traitement a vie**.

VII.CONDUITE À TENIR :

- **Hospitalisation**.

- **bilan** pré thérapeutique

- **Chimiothérapie** :1. Antidépresseur : anafamil (parentéral au début)- SRSI

2. Neuroleptiques sédatifs

3. Antipsychotiques de 2^{ème} génération

4. Thermorégulateurs : pour éviter l'état dépressif majeur récurrent

*Sismothérapie : si contre indication du traitement.

- **Psychothérapie** : de soutien, cognitivo-comportementale, familiale, psycho-éducative.

¹ Deuil : Douleur, affliction éprouvée à la suite du décès de quelqu'un

LES TROUBLES ANXIEUX***

I. GÉNÉRALITÉS :

-Def : - « peur sans objet » janet

- Sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable.
- Un état d'alerte et d'hypervigilance.

- C'est un phénomène normal, devient pathologique lorsqu'elle dure **trop longtemps**, et lorsque son **intensité est trop importante**.

-L'étiologie souvent inconnu. /hypothèse neurobiologique (hypersensibilité de l'amygdale)

II. EPIDÉMOLOGIE :

20% de la population (10-15% phobie)

2F /1H

Age 25-45ans

LES PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX

(SELON DSM IV)

1/ ATTAQUE DU PANIQUE (***):

1.Définition : crise d'angoisse aigue, début brutal, c'est une peur panique intense sans objet précis.

2.Clinique : - malade agité

Signes Somatiques	Signes Psychique
-palpitation -tremblement -bouffée de chaleur -Paresthésie -étourdissement ¹ -transpiration -souffle coupé -Nausée	- Peur de devenir fou - peur de mourir - Déréalisation et dépersonnalisation.

3.Comorbidité des troubles paniques :

- Anxiété généralisé
- Ethylisme -Pharmacodépendance aux sédatifs
- Etat dépressif II^{aire} -Tentatives de suicide

¹ Etourdissement : Perte de sensibilité et d'équilibre.

4.Diagnostic différentiel :

-tt pathologie cardio-respiratoire (Prolapsus mitraux++)

-Agoraphobie¹

5.Evolution :

-*espacement* puis disparition.

-*Rémission* mais persistance d'une anxiété anticipatoire.

-*Aggravation*.

2/TROUBLES PANIQUES (*) :

Répétition d'attaque de panique, associées ou non d'agoraphobie.

3/TROUBLES PHOBQUES (*) :**

1.Def : peur irrationnelle, persistante d'un objet non réellement dangereux.

2.Diagnostic : 4 éléments à rechercher :

- 1- L'objet ou situation phobogène.
- 2- Les manifestations anxieuses systématiques lors de l'exposition.
- 3- Existence d'objet/conduite contrephobique.
- 4- Important dysfonctionnement social.

3.Clinique :

Agoraphobie	Phobie sociale	Phobie spécifique (ou simple)
Crainte de se retrouver dans des endroits où il difficile de s'échapper en cas d'attaque de panique.	Peur de se retrouver exposé à l'attention d'autrui, et d'agir de façon humiliante.	Peur isolé d'une seule situation/ seul objet.
Marché, rue, théâtre...	La peur de parler, d' écrire, de manger,... en publique.	-Zoophobie (animaux) -Nosophobie (maladie) -Acrophobie (lieux élevés)

4.Dc différentiel :

-Dysmorphophobie²

-Obsession-compulsion

-Phobie d'impulsion

-Nosophobie³

¹ Voir :trouble phobique.

² Crainte d'être malformé

³ Peur des maladies

5. Formes compliqués :

-Attaque de panique -Dépression -Problème relationnels

4/TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ (*) :

1.Def : Etat d'anxiété prolongé (souvent < 6mois).

2.Clinique : - Syndrome psychique : attente d'une menace imprécise, trb de concentration..

-Syndrome somatique : même que l'attaque de panique.

3.Complications : Alcoolisme, depression.

4.Dc différentiel :

-Anxiété d'un danger réel

-Etat dépressif

-Organique : Angor, prolapsus mitral, hypoglycémie, hyperthyroïdie.

-Intoxications aux cannabis/caféine.

5/TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS (TOC) (*) :**

Caractérise par la présence de pensées répétitives et stéréotypées.

A.OBSESSION :

1-Def : Sont des idées, des affects ou images, s'impose de façon répétée et involontaire.

2-Les plus frq : 1-Contamination

2-Doute et besoin de vérification répétés.

3-Classement

4-Impulsions agressives.

5-Représentations sexuelles

3-Clinique :

Obsession idéative	Obsession phobique	Obsession impulsive
Intrusion répétitive d'idées, de mots ou des images, religieuse, morales...	Peur en rapport avec crainte imaginaire.	Peur de commettre contre sa volonté un acte absurde.

B.COMPULSION :

Se sont des actes et non des pensées que le sujet se sent obligé d'accomplir.

C.FORMES CLINIQUE :

- 1- F. Cognitives pure.
- 2- F. Motrice.
- 3- F. Mixte
- 4-F. Associées

D.DC DEFFIRENTIEL :

- Automatisme mental
- Idée fixe
- Dépression
- Des Rituels¹

*** TRAITEMENT :**

1.Règles hygièno-diététiques : -Arrêt des excitants : café,tabac...

-Sport

2.Chimiothérapie : * Antidépresseurs : IRSS, Tricycliques (anafranil)

* Benzodiazépines.

* β bloquants.

Durée : **12-24 mois**

3-Psychothérapie : -**Cognitivo-comportementale (+++)** : reprogrammation du comportement.

-Exposition en réalité.

-Désensibilisation.

-Analytique +/-

6/ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (PTSD) : cours indépendant (page 34)

¹ Rituels : Ensemble des règles et des habitudes fixées par la tradition

L'AUTISME***

I. DÉFINITION :

- Les critères de « LEO KANER » :

- 1 -Une tendance a l'isolement
- 2 -L'absence totale ou partielle du langage (écholalie, palilalie ...)
- 3-La présence de stéréotypie¹
- 4 -La tendance a l'immuabilité²
- 5-Les troubles de communications : Incompréhension et Trouble de l'expression.

- Selon DSM 4 : prend en compte les 5 critères de « LEO KANER » en plus de ça, elle a rajouté :

- Au premier semestre de la vie : un retard psychomoteur
 - les organisateurs du "moi" de SPILZ
 - Troubles de sommeil ++++
- Au deuxième semestre :
 - Retard du langage
NB : Premier signe de consultation entre 3 a 6ans (si pas de consultation) ➔ retard mental irréversible
 - Retard a l'acquisition de la marche
 - Troubles sphinctériens
 - Hypersensibilité : l'enfant est fasciné par la lumière, des sons, des bruits tout ce qui bouge

II.EPIDÉMIOLOGIE : 1 autiste / 300 naissance


III.LES FORMES CLINIQUES :

1. L'autisme léger : si dépisté à **2 ans**, diagnostiqué à **3 ans**, PEC pendant 3 ans .
Si , il a 50 mots dans son langage , il est sauvé par une bonne stimulation
- ❖ Le syndrome d'ASPERGER : ces enfants autistes sont doués d'une hypermnésie sélective qui inutile parce que il peut pas la contrôler.
2. L'autisme moyen : retard mental + troubles partielles de langages.
 - Troubles de l'autonomie
 - Troubles sphinctériens
 - parfois agressivité
3. L'autisme sévère :
 - absence totale du langage et de l'autonomie avec difficulté de la marche.
 - troubles de la conduite alimentaire, sphinctériens et agressivité

¹ Stéréotypie : Répétition d'une attitude, d'un geste.

² Immuabilité : ne varie pas dans ses opinions, ses sentiments, ses volontés.

IV.SEMIOLOGIE DE LA DSM IV:

- ✓ L'enfant a 14 mois : " PERTE DU POINTING " 
- ✓ A partir d'1 an l'enfant a besoin de jeu pour se reconstruire .
- ✓ Absence d'IMITATION.
- ✓ Le langage est assez particulier : rare (écholalie¹ , jargonophasie)
- ✓ Un regard périphérique.

V.ECHELLES D'EVALUATION :

- ❖ **LE CHAT** : il a une bonne spécificité mais une mauvaise sensibilité.
- ❖ **ECAR** : évaluer de façon quantitative l'interaction de l'enfant et son milieu
- ❖ **CARS**.

VI.EVOLUTION

Il existe 3 possibilités :

- 1) Dépistage à 2 ans , diagnostic de certitude à 3 ans , Application adéquate du programme de SHIPLER → **guérison dans 1/3 des cas si la maman est co-thérapeute**
- 2) Si le diagnostic à 3 ans: l'autisme **moyen s'améliore** dans ces fonctions d'autonomie.
- 3) Si diagnostic tardive, on aura un retard mental **IRREVERSIBLE** : hospitalisation s'impose jusqu'à l'âge de 15 ans

VII.DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- 1-Surdité primaire ou secondaire
- 2- les enfants aveugles
- 3-Déficit instrumentale
- 4-Retard mental
- 5-Hyperactivité
- 6-La dépression
- 7-Carence affective profonde (orphelins...)

VIII.PRISE EN CHARGE : la PEC est multifactorielle :

- * **L'utilisation des médicaments** est **assez rare** sauf en cas de troubles de sommeil, Instabilité.
- * **Le volet psycho-éducatif** : « méthode de SHOPLER »
 - Les facteurs environnementaux : construire une personnalité d'enrichissement.
 - La durée minimale du programme est de **3 ans**
 - Faut une équipe multidisciplinaire (médico-psychologique)

¹ Echolalie : répéter de manière systématique les derniers mots entendus.

LES DÉFICIENCES MENTALES***

1. DEFINITION

Est caractérisé par une insuffisance de développement des fonctions cognitives en rapport avec l'âge du patient (insuffisance ou l'arriération mentale , débilité).

2. ETIOLOGIES

- **Inconnu dans 30 a 50 % +++**
- **Maladies organiques** : infections cérébrales
causes endocriniennes : hypothyroïdie congénitale
- **Gynécologiques +** : infections (rougeole, rubéole...), problèmes au cours de la grossesse, complications au moment de l'accouchement (trauma), problèmes de la naissance.
- **Maladies génétiques** : trisomie 21 , phénylcétonurie..
- **Traumatiques.**
- **Intoxications** : consommation de certains médicaments..
- **Environnementales** : nutrition, pauvreté...

3. DEPISTAGE :

-la phényl-cétonurie : *dosage de la phényl alanine*

-Hypothyroïdie congénitale

***Les facteurs de risques** dans notre pays :

- **Infectieuses** dont la prévalence est en nette augmentation
- **Mariage consanguin +++++**
- Pas du bilan prénuptial
- Grossesses a risque (accouchements dystociques)

3. CLINIQUE ET DEGRÉS DE DÉFICIENCE MENTALE :

***Les malades mentaux par rapport aux autistes ont :**

- Un bon langage
- Contact plus ou moins bon (affectif)
- Pas de d'isolement

-Diagnostic Dès l'âge de **3 ans** et jusqu'à l'âge de **18 ans** selon la DSM 4 (QI<70)

$$QI = \frac{\text{l'age mental}}{\text{l'age réel}} \times 100 \quad \text{QI : quotient intellectuel}$$

70-100 % : intelligence limité

stade	D. mental légère	moyenne	grave	profonde
QI	70-50%	50-30%	30-20%	< 20%
Age	Après 2ans	Dès la 1 ^{ère} année	Dès le 1 ^{er} jour	
scolaire	-difficulté scolaire	-Apprentissage scolaire lent.	-nécessite une éducation spécial	
language	- pauvre.	-décalage des communications.	-réduit /inexistant	absent
autonomie	-possible	-possible mais lente	-possible dans les cadre spécial	Elémentaire.
social	-insertion sociale banal avec aide.	-Troubles de Jugement + control émotionnel fragile.	-maitrise des relations sociales.	
autres	- troubles de comportement.		-perturbation globale des grande fonctions.	-troubles neurologiques.

4.DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : (6)

- 1- L'autisme
- 2- Surdité
- 3- Hyperactivité
- 4- Dépression
- 5- Déficit instrumental
- 6- Carence affective

5.PRISE EN CHARGE :

1-Bilan systémique étiologique

2-Prévention primaire et secondaire voir même tertiaire +++

- **Prévention primaire :**

- l'ajout de l'iode à l'alimentation favorise le développement sain du cerveau
- l'acide folique lors de la grossesse peut aider à prévenir certaines malformations
- Lutter contre la consommation d'alcool pendant la grossesse

- **Prévention secondaire :**

Réduire les effets de certains facteurs de risques.

- **Prévention tertiaire :**

Améliorer le fonctionnement et la qualité de vie pour empêcher l'aggravation de la déficience

3-Assurer les aides : médicales , psychothérapie , guidance parentale et éducatives (scolarité spécialisé visant de développer l'autonomie sociale).

4-Traiter une comorbidité.

TROUBLES DU SOMMEIL**

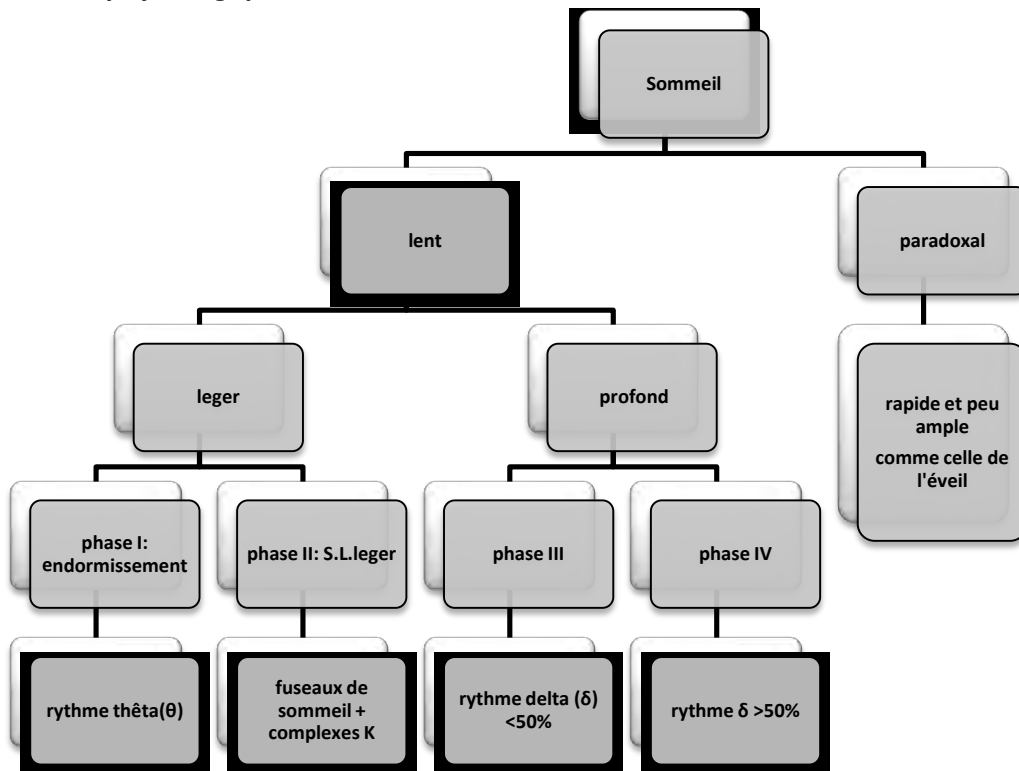
1. GÉNÉRALITÉS :

le sommeil est un état physiologique obligatoire.

les besoins de sommeil sont différents en fonction de l'âge, généralement environ **6-7h** chez l'adulte.

Mélatonine est le synchroniseur des rythmes veille/sommeil.

Rappels électro-physiologiques sur le sommeil normal :



2. L'INSOMNIE (***) :

1-Def : Au moins 1 des 4 troubles suivants, au moins 3 fois/semaine :

- durée d'endormissement > 30 min (insomnie d'endormissement)
- trouble du maintien du sommeil avec un réveil au cours de la nuit qui dure au moins 30 min ou 2 réveils/nuit (insomnie de maintien de sommeil)
- un réveil trop précoce, au moins 1 heure avant l'heure souhaitée (insomnie par réveil précoce)
- un sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité.

2- Etiologies :

- 1. Insomnies secondaires :**
- Psychiatrique : dépression+++, troubles anxieux,...
 - troubles somatiques : douleurs, troubles respiratoire, dysthyroïdie..
 - Syndrome des jambes sans repos.
 - post-traumatique.
 - médicaments : corticoïdes, estrogènes, βbloquants,...
 - les excitants : café, thé, alcool..

2. Insomnies primaires :

30 % des insomnies chroniques.

les **3P**, ont été décrits par « Spielman » dans le modèle de l'insomnie primaire :

- prédisposant : l'existence d'un terrain génétique insomniaque.
- précipitant : l'insomnie est déclenchée par certains facteurs.
- perpétuant : l'insomnie est perpétuée par de mauvaises habitudes.

3- Traitement :**-Conseils d'hygiène de sommeil :**

- 1 - se coucher et se lever tous les jours à la même heure
- 2 - ne pas dormir dans la journée ;
- 3 - éviter les activités excitantes en fin de soirée (sport, Internet...)
- 4 - ne pas rester dans son lit si on ne dort pas, mais se lever, faire une activité calme en attendant que l'envie de dormir revienne.
- 5 - éviter les excitants le soir.

-Chimiothérapie : Stilnox[®]**-Psychothérapie : Cognitivo-comportemental, techniques de relaxation.****3. HYPERSOMNIE (*) :**

1-Hypersomnie diurne : Un endormissement irrépessible, survenant à distance d'un repas.

- Etiologies :**
- Syndrome d'apnées du sommeil obstructives.
 - Sd. d'augmentation de la résistance des voies aériennes supérieures.
 - La narcolepsie ou maladie de Gelineau.
 - Métabolique.
 - Psychogène.
 - Post-traumatique.

2-Hypersomnie nocturne+diurne : – Hypersomnie idiopathique
– Syndrome de Kleine-Levin
– Hypersomnies lésionnelles

4. DÉCALAGES DE PHASE (*) :

sommeil de qualité et de quantité normales, mais mal adapté aux horaires sociaux.

On distingue : - « l'avance de phase »

- « le retard de phase ».

5. LES PARASOMNIES (*) :

1-Cauchemars : survient pendant « sommeil paradoxal » => réveil brutal

2-Somnambulisme : comportement moteur pendant le sommeil, avec amnésie totale.

3-terreurs nocturnes : c'est une forme de l'attaque de panique.

LES ETATS DEMENTIELS**

I. DEDINITION:

Affaiblissement global acquis, d'aggravation progressive des fonctions cognitives qui s'accompagne d'altérations de la vie sociales et professionnelles.

II. CLINIQUE:

1. Altération des fonctions cognitives: (8)

- Troubles du raisonnement.
- Troubles du jugement.
- Troubles de l'attention.
- Troubles de la mémoire (+++): sont précoces.
- Troubles de l'orientation : le plus souvent désorientation temporelle.
- Troubles du langage : manque du mot.
- Troubles praxiques.
- Troubles gnosiques.

2. Symptomatologie psychiatrique: (5)

- Irritabilité, anxiété, apathie.
- Idées délirantes
- dépression
- Fugue
- Troubles du comportement

III. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : (5)

- Syndrome dépressif
- État délirant
- Syndrome confusionnel
- Retard mentale
- L'aphasie de Wernicke et de Korsakoff

DEMENCES NEURODEGENERATIVES

1. MALADIE D'ALZHEIMER ():**

La plus fréquente des démences : 40 à 70% de toutes les démences

Début : après 65 ans; touche plus les F que les H.

2-Physiopathologiques de la MA:

A/ Histochimie:

1. Dégénérescence neurofibrillaire (DNF)
2. Dépôt de plaques séniles amyloïdes.

B/ Neurochimie: -Déficit en *acétylcholine*

-Augmentation du *Glutamate*.

C/ Neuro Radiologie : IRM : atteinte du lobe pariétal et temporal.**1-Clinique:****Critères diagnostic du DSM IV**

- 1) **Altération de la mémoire.**
- 2) Une ou plusieurs **atteintes cognitives.**
- 3) **Altération** significative du **fonctionnement social et professionnel**
- 4) L'évolution est **progressive** et le déclin cognitif est **continu.**
- 5) Les déficits cognitifs 1 et 2 ne sont pas dus :
 - A d'autres **affections du SNC**
 - A des **affections générales** pouvant entraîner une démence
 - A des affections induites par une **substance**
- 6) Les déficits **ne surviennent pas exclusivement** au cours d'un **délirium**
- 7) La perturbation **n'est pas mieux expliquée** par une schizophrénie ou un état dépressif majeur.

Les Nouveaux critères de la maladie d'Alzheimer (Dubois 2007)**A/ Critères Majeurs:**

A1 : Un trouble de mémoire épisodique initial, rapporté par le patient ou son entourage depuis au moins 6 mois.

A2 : Tbl de mémoire épisodique mis en évidence/ **test** avec rappel non amélioré par l'indiciage.

A3 : Trouble de mémoire épisodique isolé ou associé à **d'autres troubles cognitifs.**

B/ Critères secondaires:

B1 : Atrophie hippocampique, entorhinale ou amygdalienne.

B2 : Modification de biomarqueurs /LCR.

B3 : Diminution du métabolisme du glucose dans les régions temporo pariétales.

B4 : Mutation autosomale dominante.

C / Critères d'exclusion :

C1 : Début brutal, troubles de la marche précoce, crises comitiales, troubles du comportement.

C2 : Déficit neurologique, ou signes extra pyramidaux

C3 : Existence de : démence non Alzh, dépression, maladie cérébro-vasculaire, troubles toxiques, métaboliques ou infectieuse.

3-PRISE EN CHARGE:

-bilan cardiaque et rénal.

-Chimiothérapie: 1. Anticholinéstatiques: Donépézil (Aricept*)

2. Inhibiteurs des récepteurs glutamatergiques: Mémantine (Ebixa*)

. Autre TRT: RISPERDAL

B/ Psychothérapie: Psychoéducation +++,Thérapie cognitive et comportementale, Suivi orthophonique.

C/ Sociothérapie: Sécurité sociale 100%) , Mise sous TUTELLE¹.

2. DÉMENCE FRONTO-TEMPORALE (DFT) (*) :

Troubles psycho-comportementaux associés à un déclin cognitif touchant les fonctions exécutives.

Physiopathologie: Dysfonctionnement sérotoninergique.

IRM: Atrophie fronto-temporale.

TRT : ISRS

3. DÉMENCE ET TROUBLES EXTRA PYRAMIDAUX (*) :

- Démence à corps de Lewy (DCL)
- Démence cortico- basale

4. DÉMENCE ET MALADIES DU MOTONEURONES (*)

5. DÉMENCES VASCULAIRES (*) : 2ème cause après les démences neurodégénératives.

- . Démence par infarctus multiples
- . Infarctus unique mais mal placé
- . Infarctus de la substance blanche.

6.DEMENCES SECONDAIRES (*) :

- démence/Hydrocéphalie à pression normale, d'un tumeur cérébrale, ou un hématorne s/s dural.
- Démence sidatique(HIV).
- Paralysie générale: syphilis.
- Creutzfeld Jacob (vache folle).
- Démence alcoolique.

¹ Tutelle : Régime de protection de la personne et des biens des mineurs et des incapables majeurs.

LES TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES**

I. DÉFINITIONS :

- sont l'ensemble des manifestations clinique spécifiques, exprimées immédiatement et/ou à distance d'un évènement traumatique marquant, qu'il soit physique et/ou psychologique.
- Un évènement traumatisant est un évènement hors commun : rencontre manquée avec la mort.
- Les événements potentiellement traumatisants : combat militaire, agressions violentes, torture...

II. EPIDÉMOLOGIE :

1% dans la population générale avec une nette prédominance féminine.

C'est un trouble souvent chronique

III. CLINIQUE :

Critères cliniques DSM-IV

- A. le sujet a été **exposé à un évènement traumatique** dans lequel deux éléments étaient présents :
- le sujet a **vécu**, a été **témoin** à un ou des événements durant lesquels des individus ont **pu mourir** ou être **gravement blessés**.
 - la réaction du sujet s'est traduite par une **peur intense**, un sentiment d'impuissance ou d'horreur .
- B. l'évènement est constamment **revécu** :
- **souvenirs répétitifs**.
 - **cauchemars de répétition**.
 - **flash-back¹**
 - **sentiment de détresse psychique** lors de **l'exposition à des indices** évoquant un aspect de l'évènement traumatique en cause
 - **réactivité physiologique** lors de **l'exposition à des indices** un aspect de l'évènement traumatique en cause
- C. **Evitement persistant** des stimuli associés au traumatisme :
- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments associés au traumatisme
 - Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
 - Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
 - Réduction nette de l'intérêt
 - Sentiment de devenir étranger par rapport aux autres
 - Restriction des affects
 - Sentiment d'avenir <<bouché>>
- D. Présence des **symptômes persistants** traduisant une activation neurovégétative comme :
- Troubles de sommeil
 - Irritabilité
 - Difficultés de concentration
 - Hypervigilance
 - Réaction de sursaut exagérée
- E. tous ces symptômes durent **> d'un mois**
- F. tous ces symptômes entraînent une **altération du fonctionnement social , professionnel**.

¹ agissement soudains << comme si >> l'évènement traumatique allait se reproduire.

-**Aigu** : durée des symptômes < 3mois

-**Chronique** : durée des symptômes \geq 3mois

-**Survenue différée** : début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress

IV.EVOLUTION :

- Complète dans 50% des cas à 3mois , 60-80% des cas à 1an

- Défavorable chez 20%.

V.PRISE EN CHARGE :

-**Hospitalisation** : réservée pour les états suicidaires.

-**Psychothérapie (+++)** :

-**LE TRAITEMENT PREVENTIF** : - Débriefing

- verbaliser l'expérience peut éviter l'apparition des symptômes

- en cas d'angoisse réactionnelle : traitement par des

anxiolytiques

-**LE TRAITEMENT CURATIF** : Une fois les symptômes apparus :

- L'abréaction : La remémoration et verbalisation de l'évènement
- Thérapie comportementale : Désensibilisation par exposition.
- Autres psychothérapies : analytique, soutien, relaxation, hypnose, thérapie de groupe, familiale.

-**Chimiothérapie** : antidépresseurs.

-lors des manifestations anxieuses ou insomnies gênantes

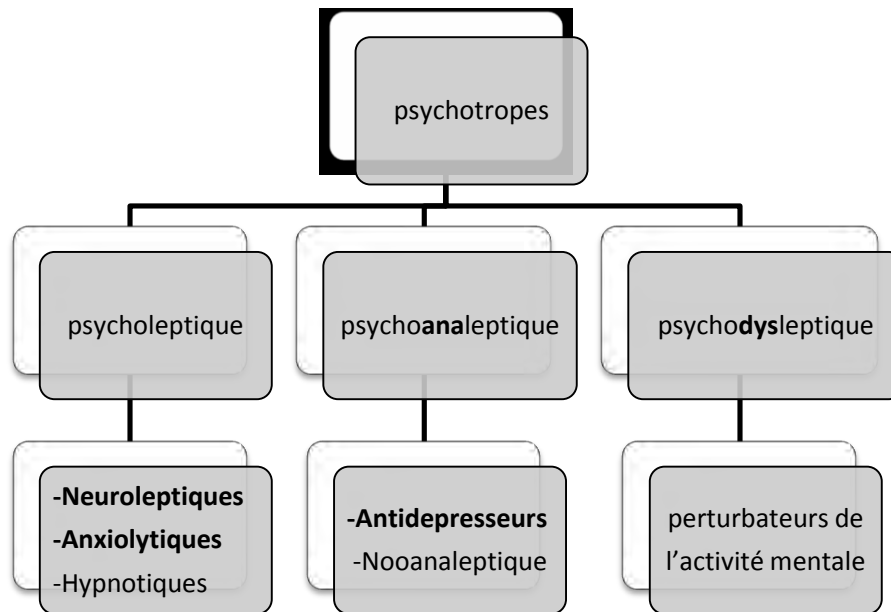
-une dépression associée

-**Sociothérapie** : réinsertion socioprofessionnelle.

THÉRAPIE EN PSYCHIATRIE**

I. GÉNÉRALITÉS :

1. Def des psychotropes : Substances qui modifient les sensations, l'humeur, la conscience et d'autres fonctions psychologiques et comportementales.



II. NEUROLEPTIQUES (**):

1. Critères de définition :

- 1 - Création d'un état d'indifférence psychomotrice
- 2 - Efficacité sur l'excitation et l'agitation
- 3 - Réduction progressive des psychoses
- 4 - Apparition de syndromes extrapyramidaux et végétatifs
- 5 - Effets sous-corticaux dominants

2. L'action : Action principale sur le système dopaminergique (effet thérapeutique antipsychotique) .

3. Classification :

Classe	Classiques (1 ^{ère} génération)	Atypiques (2 ^{ème} génération)
expl	Halopéridol (Haldol®). Chlorpromazine (Largactil®) Levopromazine (Nozinan®)	Sulpiride (Dogmatil®) Olanzapine (Zyprexa®) Risperidone (Risperdal®)

N. sédatifs	N. polyvalents	N. incisifs
Nozinan*, Largactil*	Haldol*	Dogmatil*

NB : les neuroleptiques à action prolongée (NAP) : Haldol*, Risperdal*

4. Les indications :

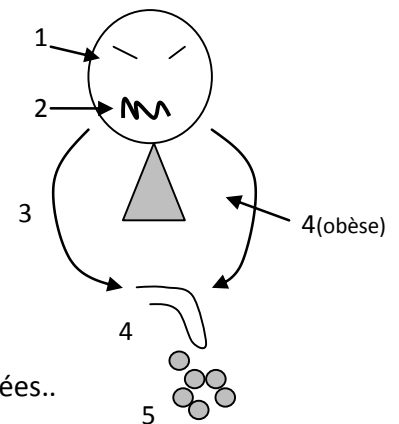
- les psychoses aiguës et chroniques.
- les troubles anxieux rebelles au traitement.

5. Contre-indications : Il n'existe pas de contre-indication absolue. Lié aux effets II^{aire} :

Maladie de parkinson, glaucome, arythmies, fièvre inexpliqué.

6. Les effets II^{aire} :

- 1-**Syndrome malin** des neuroleptiques+++
- 2-Psychique : réactivations anxieuses ou délirantes, somnolence.
- 3-Neurologique : **Signes extra-pyramidaux (précoces/tardifs)**+++.
- 4-Endocrinien : **prise de poids**+++ , **troubles sexuels**+++
- 5-Hématologique : **leucopénie, agranulocytose**+++.
- Autre : toxicité hépatique, L'**hypotension/tachycardie**, troubles cutanées..



III. LES ANTIDEPRESSEURS (*) :

Améliorent l'humeur dépressive et soulagent la souffrance morale.

1. Classification :

Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)	Inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO)	Tricycliques (TCA)
Prozac*	Marsilid*	Anafranil*

2. Indications :

- les états dépressifs de toutes natures.
- Euphorie, excitation.
- trouble des conduites alimentaires.

3. Contre-indications :

Insuf. Cardiaque ou hépatique, glaucome, grossesse et allaitement, association IMAO-tricyclique+++

4. Effets II^{aire} :

- réactivations anxieuses ou délirantes
- Les troubles de la sexualité+++
- Troubles digestifs avec sécheresse buccale+++
- L'hypotension/tachycardie
- Insomnie

IV. LES ANXIOLYTIQUES :

1. Def : sont des médicaments de structure variable qui ont tous en commun de réduire ou de supprimer l'angoisse.

2. Classification :

- a. **Benzodiazépines** : chefs de file des tranquillisants : Diazépam (valium*), Oxazépam (Séresta*).
- b. Les Carbamates.

3. L'Action : (SAMA) : **S**édatif, **A**nxiolytique, **M**yorelaxant, **A**nticonvulsif.

4. Les indications :

- Troubles anxieux.
- anxiété des psychotiques.
- Convulsions.
- symptômes extrapyramidaux due aux neuroleptiques.

5. Contre-indications :

- Insuffisance respiratoire, apnées du sommeil
- Insf. hépatique sévère
- Myasthénie

6. Les effets II^{aire} :

- Troubles de la concentration et de mémoire.
- Somnolence, trouble de l'équilibre.
- risque de dépendance physique et psychique+++

***Autres anxiolytiques** : Buspirone, Hydroxyzine.